

## Kommentarer till ”FLISA-Aktiviteter ver 1.0”

Förslaget har tagits fram genom granskning av befintliga ambulansjournaler och behandlingsriktlinjer samt liknade information hos Socialstyrelsen, Vägverket, Cardiologföreningen, Swede, Landstingen i Värmland, Sörmland, Stockholm, Bohuslän, Dalarna, Älvsborg, Skaraborg, Örebro, Östergötland Västerbotten, Västernorrland och Skåne.

Förslaget har även stämts av emot Socialstyrelsens remissförslag år 2004, ”Klassifikation av åtgärder inom vård och omsorg (KÅVO)”. Innehållet i vårt förslag bedöms inte behöva förändras pga KÅVO. När KÅVO bearbetats ytterligare bör ny avstämning ske.

Ur den samlade informationsmängden har tagits med allt det som kan betraktas som ”aktiviteter utförda av ambulanspersonal”. Ofta har synonymer förekommit, vi har då försökt att välja den vanligaste, vi har även försökt att prioritera det svenska språket. Bland sådant som sorterats bort kan nämnas t ex ”Respirator” som är utrustning, ”Syrgasbehandling” som är läkemedel samt ”Förlamning” som ju är en sjukdomsbedömning.

Vid dokumentation av en aktivitet skall, förutom själva aktiviteten, även dokumenteras vilken vårdgivare (vårdgivaridentitet och/eller namn) som utfört den. Dessutom skall klockslag för aktivitetsstart anges (för aktiviteter som är utdragna över tiden så kan också klockslag för aktivitetslut noteras). Detta berörs därför inte ytterligare i dessa daokument.

Strukturen för de ingående aktiviteterna baseras på följande principer:

1. **Patientbaserade** - Endast aktiviteter som kan knytas till enskild patient ingår. Aktiviteter som inte kan knytas till patient, ingår inte t ex utbildning och fordonsunderhåll.
2. **Vårdgivaroberoende** - En och samma aktivitet skall klassificeras på samma sätt oavsett vilken vårdgivarkategori som utfört den, t ex sjukvårdare, sjuksköterska eller läkare.
3. **Lokaloberoende** - En och samma aktivitet skall klassificeras på samma sätt oavsett var den utförts, t ex på hämtplats eller i ambulans.
4. **Sjukdomsoberoende** - Så långt möjligt skall åtgärderna inte innehålla bedömningsinformation. Denna skall framgå av bedömningskoderna.

Det nya förslaget är medvetet ”väl tilltaget” när det gäller antalet aktiviteter, detta för att det skall passa alla landsting. Tanken är att resp landsting skall välja ut endast de aktiviteter som behövs. Sannolikt kommer inget landsting att använda hela listan ”rakt av”. Vid nationella jämförelser eller i framtida nationellt kvalitetsregister för ambulans är det av stor vikt att använda sig av en gemensam aktivitetslista och att användningen av lokala varianter minimeras.

Vissa aktiviteter är av sammansatt natur, dvs de består i sig av flera aktiviteter. I listan har vi principen att inte ta med några sammansatta aktiviteter utan bara deras beståndsdelar. T ex aktiviteten ”att bedöma en patient med Glasgow Coma Scale (GCS)” har inte tagits med, men väl de ingående delarna, ögonöppning, verbal respons och motorikrespons finns med. Att sammanfoga detta till GCS blir då en fråga för en ev programvaruleverantör.

För att hålla ned antalet aktiviteter till en rimlig nivå har information om den ev metod man utfört aktiviteten med, liksom information om ev lokalisation på kroppen lagts i egna fält som man bör/skall notera tillsammans med själva aktiviteten. Vissa aktiviteter kräver vidare att ett resultatvärde dokumenteras tillsammans med själva aktiviteten.

Aktiviteterna har klassificerats i tre grupper, utredande, behandlande och planerande. Detta bör dock bara ses som ett sätt att kunna förenkla läsandet i Excel-filen, i verkligheten kan gränsen mellan dessa vara påtagligt flytande.

Listan har justerats av och förankrats i SLAS journalgrupp under januari 2004 och av SLAS styrgrupp under april 2004.

Vi föreslår att landstingen använder den nya aktivitetslistan fr.o.m. årsskiftet 2004/2005.

För SLAS Journalgrupp:  
Hans Carlsson och Lars-Göran Boström

2004-04-28